Péricardite aigue

DR AITSAID
CHU TIZIOUZOU

Definition:

- Inflammation du péricarde avec ou sans épanchement péricardique

Etiologies:

➢ Les péricardites virales ou idiopathiques:

- Ce sont les plus fréquentes
- Les virus les plus incrimine sont:coxsackie A et B,echovirus,adenovirus
- Le principal problème évolutif est la rechute et la récidive

→ dans ce tableau : on reconnaît aigue et on recherche la notion de l'existence de notion de grippe.

➢ Les péricardites tuberculeuses:

- Rare chez le sujet jeune surtout lors des reinfection chez le sujet agé et immunodeprimé
- Le tableau clinique est moins aigu
- A court terme le principal risque évolutif est la tamponnade
- A moyen et long terme il existe un risque d'evolution vers la péricardite constrictive
- Le TRT est celui de la tuberculose mais prolonge durant un an

➢ Les péricardites purulentes:

- Graves survenant soit durant un syndrome septicémique soit suite a une chirurgie cardiaque ou thoracique
- Les germes en cause peuvent être tout les germes pyogènes
- Les deux principales complications sont la tamponnade et la péricardite constrictive
- Le traitement se base sur l'antibiothérapie et un drainage chirurgical systématique

➢ Les péricardites de l'infarctus:

- Soit précoces j 3-j6
- Soit le plus svt tardive la «3eme semaine c'est le syndrome de dressler: associant fièvre, altération de l'état général, péricardite arthralgies, épanchement pleural et syndrome inflammatoire biologique.

➢ Les péricardites néoplasiques:

- Les tumeurs péricardiques primitives sont rare
- La désamination se fait le plus svt par contigüité
- Elles sont très surtout dans les hémopathies malignes
- Le risque évolutif immédiat est la tamponnade par hémopéricarde

➢ Autres causes:

- Péricardites liées au VIH
- Péricardites postchirurgie cardiaque
- Péricardites des maladies de système: LED, polyarthrite rhumatoide et autres connectivite
- Péricardite postradique (après radiothérapie)
- Péricardite de la pancreatite aigue
- Péricardite myxeodemateuse de l'hypothyroidie
- Péricardite médicamenteuse
- Péricardite rhumatismale
- Péricardite de l'insuffisance rénale & évoluée: 02mecanismes
  - péricardite urémique liée à l'inflammation du péricarde
  - Péricardite par surcharge volemique

➢Diagnostic:

❑Signes fonctionnels:

- La douleur:en général précordiale parfois rétrosternale,peut simuler une douleur angineuse mais:
  - -elle ne survient pas à l'effort
  - -non calmée par la prise de trinitrine
  - -Elle est prolongée,augmentée par la toux et l'inspiration profonde et le décubitus, calmée par l'antéflexion
- La fièvre:en général présente d'emblée
- Le syndrome grippal

❑Examen clinique:

- Le frottement péricardique: bruit superficiel fugace d'intensité variable systolodiastolique ,persiste en apnée
- Les signes d'insuffisance cardiaque droite: doivent faire suspecter immédiatement une tamponnade

❑Examens complémentaires:

- ECG:évolue en 04 stades successifs(tétrade d'holtzman):
  - -susdécalage du segment ST circonférentiel concave vers le haut sans images en miroir
  - -retour à la ligne isoélectrique du segment ST et aplatissement des ondes T
  - -négativation des ondes T mais restent asymétriques
  - -retour à la ligne isoélectrique du segment ST et des ondes T

- LE micro-voltage n'est present que si l'epanchement est abondant
- Le sous décalage du segment PQ est assez precoce trés évocateur correspondant à l'apparition de la repolarisation auriculaire
- La radiographie du thorax:
  - Cardiomegalie symétrique avec un aspect en téière ou en carafe si epanchement pericardique abondant
  - Epanchement pleural souvent associé

- Bilan biologique:
  - FNS VS CRP à la recherche d'un syndrome inflammatoire
  - Troponine dont l'elevation peut traduire une myocardite associée
  - Ionnogramme sanguin, fonction renale TSHu
  - IDR si suspicion de BK
  - Bilan auto-immun si suspicion de lupus

- Echocardiographie:examen clé qui recherchera:
  - Un epanchement dont l'absence n'elimine pas le diagnostic
  - Des signes de tamponnade
  - Des signes evocateurs d'une etiologie
- Autres examens
  - IRM cardiaque:si suspicion d'une myocardite associée
  - Ponction péricardique:réalisée le plus souvent en cas de tamponnade avec étude cytobactériologique et biochimique

❑Complications:

➢La tamponnade:toutes les péricardites peuvent se compliquer de tamponnade

✓les causes les plus fréquentes sont:

-les péricardites néoplasiques

-les pericardites aigues benignes(idiopathiques et virales)

-hemopéricarde:secondaire à une dissection aortique ou post-traumatique,post chirurgie cardiaque postponction pericardique,biopsie endomyocardique,pose de pace maker

-autres: IDM IRC,bacterienne tuberculeuse radique

✓Physiopathologie:

- La tamponnade realise un etat d'adiastolie aigue

Quand la pression intrapericardique depasse les pressions intracavitaires avec egalisation des 03 préssions(intrapericardique droite et gauche)il se produiut une compression des cavites cardiaques avec etat d'adiastolie et impossibilité de remplissage avec comme consequence dimunition du VES et de la pression arterielle pouvant aboutir à l'etat de choc

- Le pouls paradoxal:definit comme une chute de la pression arterielle systolique sup à 10mmhg en inspiration ,aucours de cette derniere l'augmentation du retour veineux dilate les cavites droites qui vont alors comprimer le VG avec comme consequence une chute des pressions intraventriculaires et de la PAS

- Diagnostic:

-La tamponnade est une grande urgence therapeutique

-les signes cliniques:tableau de choc avec signes d'insuffisance cardiaque droite aigue

  - La plypnée avec orthopnée
  - Tachycardie
  - Pouls paradoxal
  - Bruits de cœur assourdis
  - Signes droits:trgescence des jugulaires avec reflux hepatojugulaire

- ECG:
  L'alternance electrique signe assez specifique mais inconstant ²CAD alternance d'un complexe QRS microvolté avec un QRS normovolté
- La radio du thorax:
  contribue peu au diagnostic montrant une cardiomegalie symetrique
- ETT:c'est l'examen clé permet le diagnostic
  - Epanchement péricardique plus au moins abondant au sein duquel le cœur parait petit avec contractions vigoureuses c'est l'aspect de swinging heart
  - Collapsus des cavites droites
  - Dilatation de la VCI qui devient non compiliante

- Le traitment:
  - Il repose sur le drainage chirurgical avec analyse du liquide et biopsie péricardique
  - Si l'etat du patient est critique on réalise une ponction péricardique par voie sous xiphoïdienne
  - Dans l'attente du TRT curatif le TRT médical repose sur le remplissage vasculaire et les inotropes (dobutamine)

➢ Myocardites:
  - La myocardite peut être minime ou fulminante avec état de choc cardiogénique
  - Une élévation des troponines et ou CPK doit faire suspecter une myopericardite
  - L'IRM est l'examen de choix

➢ Les rechutes et récidives
  - La rechute survient précocement lors de la dimunition du TRT
  - La récidive est plus tardive c'est le principal problème des péricardites virales
  - Un TRT prolongé au delà des signes cliniques et l'utilisation de la colchicine pourraient prévenir et les rechutes

➢ Les péricardites constrictives:
  - Les étiologies:
    -Tuberculeuse
    -Postradique
    -purulente
    -post stéréotomie
  - Diagnostic

-clinique: épisodes d'insuffisance cardiaque droite à répétition avec OMI ,turgescence des jugulaires reflux hepatojugulaire, ascite

-radiographie du thorax: pas de cardiomegalie,calcifications péricardiques

-ECG:microvoltage et troubles de repolarisation

-echocardiographie:dilatation des oriellettes avec taille normale des ventricules pericarde epaissi

-TDM: péricarde épaissi et calcifié

-cathétérisme cardiaque droit: aspect de DIP plateau caractéristique

-TRT:

le traitement curatif repose sur la décortication péricardique

le TRT préventif repose sur le drainage avec lavage des épanchements purulents

➢ Le traitement:

❑ Péricardite aigue bénigne:

-repos au lit

-anti-inflammatoires non stéroïdiens type ibuprofene 400 mg 3fois par jour ou aspirine 1g 3fois par jour

-la colchicine peut être utilisée en première intention avec les AINS prévient les récidives et diminue l'intensité de la douleur

-Le TRT doit être prolongé au moins un mois jusqu'à négativation du bilan inflammatoire

-diminution progressive des doses avec contrôle echographique régulier

-en cas de récidive TRT au long cours par la colchicine

❑ Pericardites purulentes:

-drainage chirurgical avec mise en place d'un gros drain et instillation locale d'antibiotiques

-antibiothérapie par voie générale prolongée

❑ Pericardites tuberculeuses:

-TRT antituberculeux prolongé pendant un an

-corticothérapie

❑ Pericardites néoplasiques:

-TRT de la néoplasie